UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 2

LA DOULEUR CONTRO-LATÉRALE DANS LA SCIATIQUE ET LE SIGNE DE BECHTEREFF

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 février 1910

PAR

Mlle Marie ZIZINA

Née à Moscou (Russie), le 3 septembre 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
LEENHARDT, Agrégé
GAUSSEL, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1910

LA
DOULEUR CONTRO-LATÉRALE
DANS LA SCIATIQUE
ET LE SIGNE DE BECHTEREFF

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 2

LA DOULEUR CONTRO-LATÉRALE DANS LA SCIATIQUE ET LE SIGNE DE BECHTEREFF

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 février 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

M^lle^ Marie ZIZINA

Née à Moscou (Russie), le 3 septembre 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse (*Assesseurs*)

- RAUZIER, Professeur, *Président.*
- ESTOR, Professeur
- LEENHARDT, Agrégé
- GAUSSEL, Agrégé

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, *président.*
ESTOR, *professeur.*
MM. LEENHARDT, *agrégé.*
GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

A MA SŒUR VÉRA

A MON AMI STOË

A TOUS MES AMIS ET AMIES

M. ZIZINA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A MES MAITRES

DE MOSCOU ET DE MONTPELLIER

M. ZIZINA.

Nous sommes heureuse que l'usage établi nous permette d'exprimer notre profonde reconnaissance à M. le professeur Rauzier qui, dès le début de nos études, a daigné s'intéresser à nous et nous donner une nouvelle preuve de son inaltérable bonté en acceptant de présider notre thèse.

M. le professeur Estor, qui a bien voulu faire partie de notre jury, a droit, comme maître et comme juge, à toute notre gratitude. Nous n'oublierons pas son enseignement plein de précision et d'affabilité.

Nous prions M. le professeur Gaussel d'accepter un respectueux remerciement pour le grand honneur qu'il nous a fait en inspirant notre travail.

Nous conserverons un souvenir plein de reconnaissance pour M. le professeur Leenhardt, notre juge, et dont les consultations propédeutiques nous ont été d'un si utile enseignement.

Parmi les maîtres qui nous ont donné sans compter leur temps et leur science, c'est pour nous un devoir très

doux que de citer le nom de M. le professeur Préobrajenski, professeur agrégé de neurologie à l'Université de Moscou, qui nous a fait faire les premiers pas dans cette branche si intéressante de la médecine.

A tous les maîtres qui nous ont fait profiter de leur enseignement, nous adressons enfin nos remerciements profonds et sincères.

LA DOULEUR CONTRO-LATÉRALE

DANS LA SCIATIQUE

ET LE SIGNE DE BECHTEREFF

INTRODUCTION

Il y a une dizaine d'années environ, Fajersztajn (de Lemberg) notait un symptôme nouveau qu'il aurait observé dans la sciatique et qu'on pourrait appeler « signe de Lasègue croisé », ou « signe de Lasègue contro-latéral ». Cette notion de douleur provoquée du côté malade par une manœuvre effectuée du côté sain est donc relativement récente. Dans la sciatique où elle a été observée pour la première fois, elle acquiert, semble-t-il, une valeur tout à fait importante ainsi que nous allons essayer de le démontrer dans les pages qui vont suivre.

Disons en effet tout de suite que, d'après les résultats obtenus par les chirurgiens qui ont étudié la question sur le terrain pratique, il paraît logique de penser que les douleurs contro-latérales et en particulier le signe de Lasègue croisé, que nous apprendrons à connaître sous

le nom de signe de Bechtereff, ne doivent se rencontrer que chez les malades dont les *racines nerveuses* sont intéressées. Dans de tels cas nous aurions affaire à une sciatique radiculite et non à une simple sciatique-névrite. La contro-latéralité de la douleur provoquée par l'extension du nerf aurait la valeur d'un signe diagnostique permettant de situer le point de départ de la lésion dans le canal rachidien et même en deçà de l'enveloppe duremèrienne.

Mais si les douleurs contro-latérales sont un fait indéniable, et rigoureusement observé, avons-nous le droit de leur donner une signification aussi précise, aussi restreinte en quelque sorte, et aussi bien délimitée?

C'est cette question que nous traiterons après avoir apporté au préalable des pièces justificatives tirées, les unes de la littérature, les autres d'observations prises dans le service de M. les professeurs Grasset et Rauzier et avec les conseils de M. le professeur Gaussel.

Nous basant sur une rigoureuse analyse des symptômes observés, nous nous croyons à même de prouver que là où il y a signe de Lasègue contro-latéral, il y a en même temps radiculite. Pour arriver à cette démonstration nous ferons valoir d'abord les symptômes incontestablement attribués aux radiculites de la queue de cheval et surtout les constatations faites par divers chirurgiens au cours d'opérations entreprises sur le sciatique malade et les résultats obtenus par eux.

Nous devons cependant avertir le lecteur que nous n'entendons pas traiter les cas où il y a myélite; nous voulons dire naturellement les cas où les symptômes de la myélite sont tout à fait prédominants, ceux où la lésion médullaire est, soit la première en date, soit la plus importante au point de vue clinique et thérapeutique.

C'est ainsi que nous ne nous occuperons pas des traumatismes violents accompagnés de délabrements étendus des enveloppes osseuses et molles du centre nerveux lombo-sacré. Tout d'abord nous n'aurions là que des symptômes plutôt diffus ; la bilatéralité trop évidente des lésions ne permettrait plus de donner un sens quelconque à la contro-latéralité des douleurs contro-latérales provoquées par les diverses manœuvres d'examen. Il est aussi une autre raison qui, nous l'espérons, n'arrêtera pas ceux qui écriront sur ce sujet dans les années qui vont suivre. En effet, nous nous sommes heurtée dans nos recherches bibliographiques à une sècheresse de documentation qui expliquera pourquoi tant d'observations chirurgicales sont inutilisables pour le sujet que nous traitons. Le signe de Bechtereff est fort peu souvent recherché en général et l'on peut logiquement se demander, sans malheureusement pouvoir répondre, si ce signe n'aurait pas pu être dépisté si on s'était donné la peine de diriger l'investigation dans ce sens.

Donc, nous fondant sur les arguments de fait et sur les arguments fournis par le raisonnement, il nous sera facile de conclure que, là où nous noterons des douleurs contro-latérales, nous avons affaire à de la radiculite localisée principalement du côté où sera localisée la sciatique.

Nous disons « principalement », car, ainsi que nous le verrons au cours de l'argumentation, il est probable que là où il y a contro-latéralité, il doit y avoir aussi un peu de diffusion de lésions.

Mais nous devons avouer que la valeur diagnostique du signe de Bechtereff s'arrête à la reconnaissance de la radiculite, de l'atteinte portée aux nerfs de la queue de cheval. En effet, si nous écartons systématiquement du

plan que nous comptons suivre les cas ayant en vue des lésions prépondérantes de la moelle, il n'est point dans notre pensée de passer sous silence les cas de compression intra-rachidienne des troncs nerveux, quelle qu'en soit l'étiologie. D'ailleurs, le voudrions-nous, que cela nous serait impossible, au moins dans les cas où la ponction lombaire n'apporte pas son précieux contingent d'informations.

La question des radiculites se confond étroitement avec cette dernière, la symptomatologie actuelle ne diffère pas dans les deux cas. Nous entendons par symptomatologie actuelle celle qui nous est fournie par l'examen de la sciatique en tant que sciatique sans remonter jusqu'à son étiologie tout à fait primitive.

Ainsi posée, la question est fort simple.

Lorsque, le malade étant dans le décubitus dorsal, on obtient une douleur du côté malade par la flexion, l'abduction ou l'adduction sur le bassin du membre inférieur du côté sain en rectitude, on peut dire que la lésion anatomique causale n'est pas absolument unilatérale. Elle siègera par conséquent sur les racines du nerf et les intéressera au moins sur leur parcours intra-méningé, c'est-à-dire au niveau de la queue de cheval.

OBSERVATIONS

Observations personnelles

Observation I

(Prise dans le service de M. le professeur Grasset)

A. B.., 54 ans, journalier, entre à l'hôpital le 10 octobre 1908 pour une douleur dans la jambe gauche, accompagnée de gêne dans la marche.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Fluxion de poitrine il y a 30 ans, fièvre typhoïde il y a 10 ans.

Maladie actuelle. — Elle a commencé il y a six mois par une douleur dans la cuisse gauche. Cette douleur est intense surtout quand le malade marche et quand il s'assied. Puis elle est descendue progressivement jusqu'au pied. Elle subit des exacerbations quand le temps est humide.

Examen : Motilité. — A ce point de vue, la face et les membres supérieurs sont normaux.

Membre inférieur gauche : Quand le malade est dans le décubitus dorsal avec le genou en extension, on ne peut porter son membre jusqu'à l'angle droit sur le bassin parce qu'il commence à souffrir sur le trajet du nerf sciatique. Au contraire, si la jambe est fléchie sur la cuisse, il la soulève sans douleur.

Lorsque, toujours dans le décubitus dorsal, on soulève, le genou étant en extension, le membre inférieur droit (sain), le malade accuse de la douleur dans le membre gauche (malade). Au contraire, quand on soulève le membre droit fléchi, le malade ne ressent aucune douleur.

Le malade ne peut s'asseoir qu'avec les deux genoux fléchis. Si l'on fait des efforts pour les étendre, il commence à éprouver de la douleur dans le membre gauche (malade). D'autre part, lorsque notre homme est assis, le membre malade en flexion, on ne peut étendre le membre sain sans être arrêté par la douleur réveillée dans le premier membre. On constate le même phénomène de l'autre côté lorsque l'on tente la manœuvre correspondante.

Lorsque l'on porte le membre gauche (malade) dans l'adduction extrême, on provoque une douleur assez vive. Lorsque l'on répète la même manœuvre du côté sain, on provoque une légère douleur dans le côté malade.

L'adduction pratiquée de la même manière ne réveille pas de douleur.

Le malade fléchit, lorsqu'il marche, le genou de la jambe malade et il s'appuie davantage sur la jambe saine ; la hanche du côté sain est saillante ; la colonne vertébrale est incurvée du côté malade.

Sensibilité. Sensibilité subjective. — Le malade accuse sur le trajet du nerf sciatique une douleur spontanée et dont les exacerbations sont provoquées par l'hyperextension du nerf. Il accuse également des sensations de chaleur et de froid dans le membre malade.

Les crises douloureuses reviennent, au dire du malade, à n'importe quel moment sans prédominance bien nette pendant la nuit.

Sensibilité objective. — Elle est normale.

A la pression se réveille une très légère douleur sur le trajet du nerf sciatique. Les points douloureux que l'on décrit d'ordinaire dans la sciatique sont peu nets ; la douleur à leur niveau est peu intense, comme d'ailleurs la douleur au niveau du tronc nerveux.

Réflexes. — Le réflexe pupillaire est normal. Les réflexes tendineux du membre supérieur et de la face (mâchoire inférieure) sont normaux.

Aux membres inférieurs. — Le réflexe rotulien est très vif des deux côtés. Le réflexe achilléen existe des deux côtés, il est normal. Le réflexe des fessiers est très vif.

Le réflexe cutané plantaire est aboli. Il n'y a pas de signes de Babinski.

Troubles trophiques. — Il y a une atrophie notable du membre malade ; mesurées au même niveau, la jambe malade mesure 30 centimètres, tandis que la saine en mesure 34. De même, au même niveau, la cuisse gauche a un tour de 41 centimètres, tandis que la droite mesure 44 centimètres.

Cette atrophie est bien marquée du côté des muscles. Elle n'est pas marquée par un épaississement chronique du tissu cellulaire sous-cutané.

On ne note pas de troubles circulatoires, pas d'hyperhydrose, etc.

Le membre malade est plus froid que le membre sain.

Les divers appareils : digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire ne présentent rien de particulier à signaler.

Observation II

(Prise dans le service de M. le professeur Grasset)

Louis L..., 22 ans, employé des Postes, entré le 26 août 1908. Il se plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche et de gêne dans la marche.

Antécédents héréditaires. — Notre malade ne nous signale rien du côté maternel ; son père serait bien portant ; il n'y aurait de ce côté-là ni bacillose ni éthylisme, il est permis néanmoins de poser un point d'interrogation au sujet de la syphilis que nous n'avons cependant pas pu dépister à coup sûr à cause de la difficulté de l'investigation. Le malade a un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Le malade est né à 7 mois. Il a été nourri au sein pendant un court laps de temps et surtout au biberon. Il a commencé à marcher à l'âge de 18 mois. Il a uriné au lit pendant assez longtemps. A 10 ans il aurait eu une fièvre muqueuse. Vers cette époque il a commencé à souffrir de névralgies faciales.

Il s'enrhume facilement.

Maladie actuelle. — Il y a 8 mois que le malade a commencé à ressentir une douleur localisée d'abord à la cuisse du côté gauche. Cette douleur est peu à peu descendue le long du membre jusqu'au pied. Elle se cantonne assez exactement au côté gauche.

Au début, le malade ne souffrait qu'au moment où il s'asseyait, mais maintenant la douleur apparaît par crises sans causes appréciables et à n'importe quel moment.

Démarche. — Le malade fléchit le genou du côté malade; il s'appuie surtout sur le membre sain ; la colonne vertébrale décrit une courbe scoliotique à concavité ouverte du côté malade et par conséquent le sujet s'incline sur ce côté.

Motilité. — Pour la face et le membre supérieur il n'y a rien à signaler.

Membre inférieur. — Lorsque le malade est couché sur le dos, et qu'on cherche à fléchir sur le bassin le membre gauche atteint, le genou étant en extension, on ne peut dépasser l'angle droit, car le malade commence à souffrir dans le trajet du nerf sciatique.

Lorsqu'on soulève le membre droit (sain), on ne peut non plus arriver jusqu'à l'angle droit parce que cette manœuvre réveille une douleur vive dans le membre affecté.

Si l'on fait asseoir le malade sur son lit, il fléchit les deux jambes sur les cuisses ; on ne peut arriver à les lui faire étendre à cause de la douleur dans le membre inférieur gauche que l'on éveille immédiatement.

Lorsqu'on prie le malade de soulever les deux jambes ensemble, on constate qu'elles sont toutes deux au même niveau.

La colonne vertébrale présente une mobilité normale.

A la percussion il y a un point sacré assez douloureux qui est plus marqué du côté gauche ; mais cependant le côté droit au même niveau n'est pas indemne et, par la percussion, on réveille une légère douleur.

Enfin le malade se plaint d'éprouver de temps en temps des crampes dans la jambe gauche.

Sensibilité. Sensibilité subjective. — Il existe une douleur spontanée à la face postérieure de tout le membre inférieur gauche. Cette douleur s'irradie en demi-cercle à la cuisse et à la jambe gauches ; elle s'arrête au niveau des malléoles. Le malade compare ce qu'il éprouve à une sorte de torsion du cordon nerveux. Ces douleurs reviennent par crises et à n'importe quel moment de la journée; il semble cependant qu'elles seraient plus fréquentes et plus intenses la nuit.

Sensibilité objective. — Les sensibilités à la douleur, à la chaleur et au froid, sont normales. Seule, la sensibilité au tact semble atteinte : en effet un examen attentif révèle une sensibilité légèrement atténuée à la face postérieure de la cuisse gauche, et un peu à la partie moyenne de la fesse de ce même côté.

On ne réveille point de douleur à la pression du tronc nerveux, sauf aux points dits points de Valleix : fessier, trochantériens, poplité, plantaire ; d'ailleurs ces points sont peu nets et la douleur que leur pression occasionne est relativement peu intense.

Réflexes : pupillaire, peu vif, mais net cependant.

Réflexes *tendineux :* Au membre supérieur et à la face (mâchoire inférieure) ces réflexes sont normaux.

Aux *membres inférieurs*, le réflexe rotulien du côté gauche (côté atteint) était aboli à l'examen fait le 26 août.

Le 20 septembre, il existe mais il est moins vif que du côté droit (sain).

Le réflexe achilléen est aboli du côté malade ; il existe du côté sain.

Réflexes *cutanés* : Le réflexe plantaire est aboli du côté malade ; la recherche du signe de Babinski est négative des deux côtés.

Troubles trophiques : L'atrophie musculaire est très marquée dans le membre inférieur gauche : la fesse gauche est aplatie ; la cuisse est aussi notablement atrophiée ; la diminution de volume de la fesse droite est un peu moins marquée.

Nous ne notons pas de *troubles circulatoires* bien nets.

Le membre sain a une température locale de 34°1 tandis que le membre malade accuse 34°5.

Divers appareils : Appareil digestif. Constipation opiniâtre. Circulation : Palpitations après un exercice physique un peu violent.

Rien à noter aux autres fonctions : respiratoire et urinaire.

Observation III

Prise dans la clinique de M. le professeur Rauzier

C. F..., 37 ans, portefaix, entré le 10 mai 1909 pour une douleur dans la jambe droite.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, le ma-

lade a eu la petite vérole. Plus tard, il a été atteint successivement de blennorragie, puis de syphilis. Il y a quatre ans, il a eu un lumbago. Il est nettement éthylique.

Maladie actuelle. — Elle a débuté il y a un an par une douleur progressive qui est apparue dans la fesse droite et est descendue peu à peu dans la cuisse et dans la jambe.

Cette douleur était continue ; elle présentait des exacerbations surtout nocturnes, ce qui a obligé le malade à garder le lit pendant trois mois environ. On lui a fait subir un traitement par les pointes de feu, les frictions avec du salicylate de méthyle ; on lui donnait également des cachets dont il nous a été impossible de préciser la nature. A la suite de l'amélioration survenue, il a pu reprendre son travail pendant quelque temps ; mais il n'a pas pu le continuer et il s'est vu forcé d'entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — 11 mai 1909. — On constate l'existence d'une douleur spontanée et provoquée le long du trajet du nerf sciatique. On provoque la douleur par la pression sur les points dits de Valleix, mais cependant la netteté des foyers n'est pas aussi grande que l'on s'attendrait à le trouver. On observe également une diminution non complète mais très nette de la sensibilité au tact dans la région qui s'étend en hauteur de la partie moyenne de la fesse jusqu'au tiers inférieur de la cuisse et en largeur sur une dizaine de *centimètres*.

L'atrophie du membre droit atteint est très narquée.

Le réflexe achilléen est aboli, le rotulien est plutôt exagéré ; tout cela du côté droit ; le membre gauche est indemne.

Examen, le 6 juin 1909. — *Démarche.* — Le malade

s'appuie sur la jambe saine et s'incline du côté sain ; la courbure vertébrale se produit du côté sain ; elle est d'ailleurs très peu marquée.

Dans la position débout, il écarte la jambe malade.

Dans la position assise, il se place sur la fesse droite (non atteinte). Sur son lit, il s'assoit en fléchissant les genoux.

Mobilité. — La face et le membre supérieur sont indemnes.

Membre inférieur. — Quand le malade est allongé sur son lit, on note tout d'abord que la force musculaire est conservée. Il ne peut décrire en soulevant le membre inférieur droit qu'un angle très obtus parce que la douleur limite son mouvement : cette douleur commence dans la fesse droite et elle se propage le long du sciatique. Au contraire, lorsqu'on fléchit le genou, on peut soulever la cuisse jusqu'à l'angle droit sans provoquer de douleur.

Le malade étant toujours dans le décubitus dorsal, si on cherche à lui faire fléchir la cuisse gauche (saine) sur le bassin, on y parvient aisément ; tandis que l'on en est empêché par une vive douleur dès que l'on tente de décrire le même angle, la jambe ayant été préalablement mise dans la rectitude.

L'abduction extrême, successivement provoquée dans les deux membres inférieurs, cause une douleur assez vive dans le membre malade (droit).

Au contraire l'adduction extrême ne réveille de douleur dans le membre malade que lorsqu'elle est effectuée sur ce même membre; elle n'a aucun effet quand elle est amenée dans le membre sain.

Lorsque le malade est assis sur lit, il fléchit les deux

genoux. Si on étend le membre sain, le genou malade se fléchit davantage.

La mobilité de la *colonne vertébrale* est normale ; on ne réveille pas de douleur à la pression. Mais si on percute la région sacrée, on provoque de la douleur dans la fesse malade.

Sensibilité. — Comme au premier examen on constate dans la région postérieure du membre inférieur droit une diminution de la sensibilité tactile. Les autres sensibilités sont intactes.

Troubles trophiques. — Il y a un aplatissement très net de la fesse malade, le sillon fessier est abaissé. A la cuisse on trouve une circonférence de 47 centimètres du côté malade et 50,5 du côté sain, les mesures étant prises au même niveau (à 14 centimètres au-dessus de la rotule). Pour la jambe, la différence est de 37 centimètres et demi du côté malade à 39 centimètres du côté sain (à 16 centimètres au-dessous du bord inférieur de la rotule). La température locale est légèrement augmentée.

Réflexes. — Comme au premier examen, le réflexe achilléen est aboli tandis que le rotulien existe et est même assez vif. Les réflexes cutanés sont normaux, il n'y a pas de signe de Babinski.

Examen électrique. — Les muscles du côté malade semblent moins excitables que ceux du côté sain.

Résumé de quelques observations intéressantes à connaître pour la question du signe de Bechtereff

Nous croyons devoir citer ici quelques observations tirées de la littérature médicale toute récente où l'on ne trouve point la preuve directe de la présence du signe de Lasègue croisé, ou signe de Bechtereff, au cours d'une sciatique radiculite. Nous les insérons néanmoins à cause des arguments de fait que l'on en peut en tirer et qui viennent, semble-t-il, apporter quelques arguments à l'idée que nous soutenons.

Observation IV

Tirée de la Thèse de Chatzmann, Genève, 1905, Obs. IV

Louis L..., 27 ans, souffre depuis 2 ans de douleurs localisées à la partie postérieure du membre inférieur droit.

Il présente quelques signes d'anémie ; c'est un tousseur.

Actuellement, il présente le signe de Lasègue du côté sain, c'est-à-dire le signe de Bechtereff. De même, le signe de Kernig est positif des deux côtés.

« Mais, si la sciatique avait persisté pendant trois ans, elle aurait indubitablement donné de l'atrophie et modifié les réflexes du côté droit.

» De tous ces faits, celui que le malade accuse de la douleur du côté opposé lorsqu'on recherche le signe de Lasègue du côté sain, fait supposer que, soit par psychysme, soit par simulation, il exagère l'intensité de ses douleurs.

» Il y a probablement dans ce cas un certain degré de psychose. »

Observation V

(Obs. IX de la Thèse de Chatzmann)

E. S..., 33 ans, ménagère, entrée en janvier 1906 à l'hôpital pour une douleur qualifiée de sciatique.

Cette femme a eu 5 accouchements très difficiles. Pour le dernier, on a appliqué le forceps.

« Dès que l'enfant a été dehors, la malade a senti que sa jambe gauche était morte ; elle a eu des fourmillements dans le pied et une forte douleur dans la jambe gauche. Les fourmillements disparurent dans 10 minutes, mais la douleur envahit toute la jambe. »

La malade a le pied pendant, elle ne peut marcher ; un mois après elle peut marcher, mais elle a encore des douleurs.

« Le signe de Lasègue est très positif, mais seulement à gauche. Il est nettement négatif à droite ; le signe de Kernig est négatif. »

Il y a de l'atrophie du membre inférieur gauche.

Observation VI

(Obs. X de la Thèse de Chatzmann)

Jeune fille de 26 ans. Elle a souffert à l'époque de la puberté de chloro-anémie très marquée.

Depuis le 18 février 1905, la malade souffre dans la région lombaire ; elle marche difficilement, la jambe gauche est douloureuse.

C'est une malade très nerveuse qui se plaint de douleurs dans tous les organes. Les réflexes rotuliens sont très exagérés.

Le signe de Lasègue est positif à gauche et à gauche seulement. On n'a pas trouvé de signe de Kernig. Les points douloureux du sciatique sont peu marqués. Seul est bien net un point douloureux au niveau de l'émergence du sciatique gauche.

A aucun moment on n'a trouvé de signe de Bechtereff.

Observation VII

(Très résumée)

(Thèse de Camus. Paris, 1908, p. 60)

L..., 35 ans, déménageur, entre pour douleurs lombo-sacrées et pour des chancres mous.

« Le malade ignore avoir eu la syphilis ; il présente cependant de petites traînées leucoplasiques sur les bords de la langue et à la face interne de la joue et de la commissure labiale gauche.....

» Les douleurs lombo-sacrées ont débuté il y a un mois... elles siègent dans la région lombaire et irradient vers la fesse et la cuisse droite. Elles sont continues mais présentent des exacerbations très violentes. Spontanément le malade se plaint de ce que la toux lui cause des « déchirements » dans les reins...

» Les douleurs ne semblent pas augmentées par la pression du tronc du sciatique. Les points de Valleix n'existent pas nettement. Le signe de Lasègue est bilatéral. De plus *la flexion de la cuisse, la jambe étant en extension, détermine de la douleur dans le côté opposé.* Le réflexe rotulien est normal des deux côtés. Le réflexe achilléen est normal à gauche, aboli à droite (côté malade). Pas de Babinski.

. . . . . .

» Il n'y avait pas d'anesthésie dans le domaine du scia-

tique intéressé. Seul le traitement antisyphilitique a eu une action efficace et rapide. 2 mois après son entrée à l'hôpital, le malade sort guéri. Mais il garde une bande d'hypoesthésie « étendue suivant un territoire radiculaire à toute la face postérieure du membre inférieur droit et atteignant plutôt la face interne », et qui existait depuis un mois. L'abolition du réflexe achilléen persiste également à droite. »

DOCUMENTS CHIRURGICAUX

(Tirés de la *Semaine Médicale*, 1908, p. 398.)

A la suite des travaux de Fajersztajn en 1901 la notion de la contro-latéralité de la douleur dans la sciatique, V. Baracz (de Lemberg) imagina une opération ayant pour but de supprimer les adhérences. (Le signe de Lasègue eût été croisé et la douleur à l'extension de la cuisse, contro-latérale.) Aussi n'avons-nous cité ces faits que comme une justification de notre théorie. Que l'on veuille bien considérer en effet d'abord la valeur logique de l'argument primordial qui permet de se faire une idée de la pathogénie de la douleur contro-latérale : Lorsqu'on tire sur les racines du côté sain, celles-ci tirent et entraînent avec elles celles du côté malade. Et, pour peu que celles-ci soient atteintes d'inflammation, on voit immédiatement que l'on va réveiller une douleur du côté malade. La marque anatomique de l'inflammation est le plus souvent une périnévrite et cette périnévrite est marquée surtout lorsqu'on se rapproche du passage de la racine nerveuse à travers la dure-mère.

Mais dans les cas chirurgicalement traités, l'opérateur

n'est pas allé jusqu'à la dure-mère ; il n'a pas pénétré à travers le tunnel méningé et il n'a pu observer l'état des éléments de la queue de cheval. Jusqu'à ce jour, c'est vrai. Mais on voudra bien noter que les adhérences périnévritiques sont d'autant plus importantes et plus nombreuses qu'on les recherche plus haut, plus près de l'échancrure sciatique, plus près de l'émergence des trous sacrés antérieurs. En effet, nous voyons que Pers a rencontré 30 fois ces adhérences au niveau de la grande échancrure sciatique ; 13 fois au niveau de l'échancrure ainsi qu'à la cuisse et 3 fois à la face postérieure de la cuisse seulement. 2 fois, dit cet auteur, elles ne purent être déterminées. Qui sait si, dans ces 2 cas, elles ne siègeraient pas précisément sur le parcours méningé ou intermyéloméningé des cordons nerveux ? Quoi qu'il en soit, la progression est nette ; plus le chirurgien se rapproche de la moelle, plus la proportion des adhérences augmente.

La preuve anatomique, indiscutable, manque encore pour dire que des adhérences existaient au niveau des racines, mais il y a en faveur de cette idée un tel faisceau de probabilités que pratiquement, cliniquement, nous pouvons dire qu'elles existaient en réalité.

C'est Venglowski, de Moscou, qui a le premier publié les résultats que lui a donnés l'opération entreprise pour le traitement des sciatiques rebelles. Voici en quelques mots comment il opère :

Après avoir mis le nerf à découvert dans la région fessière et au niveau de l'échancrure sciatique, il le charge sur un crochet mousse immédiatement au-dessous de cet orifice anatomique et il le dissocie prudemment en poursuivant l'opération jusqu'aux trous sacrés anté-

rieurs. Il ferme ensuite complètement la plaie sans drainage.

Sur les six malades traités par notre confrère de Moscou, non seulement la réunion par première intention n'aurait pas fait défaut, mais le résultat thérapeutique aurait été excellent.

Déjà Pers (de Frederiksberg) avait publié des cas de guérison de sciatiques rebelles par simple dénudation du nerf, ce qui aurait pu avoir pour effet immédiat de rompre les adhérences au moins sur une certaine distance (*Semaine médicale*, 1906, p. 90).

Sur un certain nombre de sujets, Pers a eu des succès durables. Mais ayant eu quelques récidives, il eut l'idée de dénuder le nerf plus haut que dans son parcours fémoral ; il employa l'incision recommandée par V. Baracz, c'est-à-dire la découverte du nerf à l'origine, à la sortie du bassin. Mais il pense qu'une expérience ultérieure montrera certainement que *les adhérences périnévritiques peuvent se développer à toutes les hauteurs du nerf*, et par suite l'isolement peut être utile d'un côté et inutile ailleurs.

Au point de vue de leur siège, il est intéressant de noter que les adhérences furent rencontrées 30 fois au niveau de la grande échancrure sciatique ; 13 fois en ce dernier point ainsi que le long de la cuisse ; 3 fois à la face postérieure de la cuisse ; 2 fois elles ne purent être déterminées.

Suivent quelques considérations sur le traitement, dont pour éviter les répétitions nous tirerons parti dans un autre chapitre.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS
ET
DOCUMENTS CLINIQUES

Le lecteur s'étonnera sans doute que nous n'ayons pu réunir qu'un très petit nombre de faits cliniques pour étayer l'opinion que nous avons émise au début de cet ouvrage. La sciatique est en effet une maladie fort commune et il se pourrait bien qu'après avoir rétréci le domaine des névralgies pures au profit des névrites, on soit, dans un délai assez bref, obligé de prendre encore aux névrites ce qui revient de droit aux radiculites. Certains auteurs (Déjerine, Camus, etc...) pensent même qu'il y a radiculite dans un très grand nombre de cas que, faute de preuves ou même de recherches suffisantes, on étiquette « sciatiques-névrites ».

A propos du signe de Bechtereff, c'est malheureusement l'écueil auquel nous nous sommes heurtée. Beaucoup d'observations chirurgicales sont inutilisables parce que l'auteur n'a pas pris la peine de le rechercher. D'autre part, l'immense majorité des observations médicales que nous offre la littérature sont entachées du défaut inverse, en ce sens que, dans les très rares cas où on l'a recher-

ché et noté, la preuve de la radiculite n'a pas pu être faite, soit que la démonstration anatomique ait manqué, soit que les autres symptômes ne permettent pas de conclure légitimement à l'existence de la radiculite.

C'est bien, dira-t-on, l'objection que l'on pourra nous faire en lisant le paragraphe intitulé : « Document chirurgicaux ». En effet les cas qui s'y trouvent rapportés n'ont pas tous reçu le contrôle par la recherche du signe du de Bechtereff. Nous ne savons pas si les résultats thérapeutiques sont remarquables par leur inconstance et l'obscurité qui entoure le mécanisme des phénomènes curatifs. Nous dirons ensuite que la douleur provoquée par la recherche du signe de Lasègue, direct ou croisé, n'a qu'un lien de parenté collatérale, si l'on peut ainsi s'exprimer, avec la douleur spontanée due à la sciatique. On comprend par conséquent que leurs causes puissent être les mêmes, sans pour cela être subordonnées l'une à l'autre.

Considérons maintenant les documents médicaux mis sous les yeux du lecteur. Ils nous semblent avoir la plus grande valeur qui compense en partie leur nombre relativement restreint.

En effet, passons tout d'abord en revue les observations personnelles et l'observation de Camus (Thèse de Paris, 1908).

Ces quatre observations ont ceci de commun, c'est que les faits qu'elles mettent en lumière paraissent bien de nature à légitimer la conclusion que nous nous proposons de tirer de leur examen. En effet, nous croyons pouvoir dire que, dans ces quatre observations, on peut trouver la preuve de lésions suffisamment connues dans leurs localisations habituelles pour affirmer que les racines qui contribuent à former le sciatique étaient tout par-

ticulièrement touchées. D'ailleurs on verra que c'est la syphilis qui, dans son observation, comme dans celle de Camus, occupe la première place dans l'argumentation.

L'observation I cependant fournit relativement peu de preuves en faveur de la nature syphilitique de la lésion. Néanmoins, le fait que la colonne vertébrale est incurvée du côté malade, autrement dit le fait que la scoliose est homologue, milite bien en faveur d'une localisation spécifique. Le malade accuse aussi une prédominance nocturne très nette de crises douloureuses. Enfin, les points douloureux sont peu nets, le trajet du nerf est peu douloureux lui aussi ; l'atrophie du membre est manifeste. Tout cela attire fortement l'attention du côté des racines nerveuses plutôt que du côté du tronc nerveux lui-même. En effet, si l'on veut bien se souvenir du tableau clinique des radiculites, on verra plusieurs de ces divers symptômes placés au premier plan au point de vue de la valeur diagnostique. On voit donc que, même en supposant que la maladie actuelle n'ait pas la syphilis comme cause première, ce qui, somme toute, ne nous paraît pas suffisamment prouvé, il ne ressort pas moins de notre examen que les symptômes présentés par le malade sont moins fonction d'une simple sciatique que d'une maladie plus centrale.

La deuxième observation personnelle nous offre un tableau un peu différent. Tout d'abord l'âge du malade et ses antécédents — naissance avant terme, signes de faiblesse congénitale, névralgie faciale avant la puberté — orientent notre pensée vers la spécificité héréditaire. Puis, nous avons encore là une scoliose homologue, un point douloureux dans la région sacrée qui est bien plutôt une région douloureuse, bien marquée du côté du

nerf malade, mais fort reconnaissable du côté sain. Nous avons un affaiblissement de la sensibilité au tact situé à la face postérieure de la cuisse et aussi à la partie moyenne de la fesse du même côté. Là aussi le tronc du nerf n'est point douloureux ; les points de Valleix sont peu nets ; l'atrophie a été rapide du côté malade ; la température du membre malade est accrue. Tout ce que nous pouvons dire c'est que, si ce n'est pas de la syphilis héréditaire, il y a beaucoup de chance pour que ce soit de la radiculite et non de la névrite-sciatique simple.

A la troisième observation notre tâche est plus simple ; nous avons affaire à un malade qui avoue une syphilis et qui a eu déjà un lumbago. C'est dire que chez lui l'infection par le tréponème ne saurait laisser place au doute. De là à penser que les racines et la queue de cheval doivent être atteints il n'y a pas loin ; tous les neurologistes sont, en effet, d'accord avec les syphiligraphes pour admettre que la syphilis cause avec prédilection des lésions radiculaires et qu'il n'est pas dans ses habitudes de cantonner son action morbide sur le parcours fémoral ou jambier du nerf sciatique.

Dans tout ceci nous avons cherché à établir que le signe de Bechtereff se rencontrait là où les racines du sciatique étaient intéressées, mais qu'est-ce qui nous prouve qu'il reconnaît pour cause l'atteinte portée à ces racines ?

C'est là qu'il est intéressant de noter cette observation que nous appelons observation V et qui est tirée de l'ouvrage de Chatzmann. Ici nous n'avons pas le signe de Kernig, nous n'avons pas, en un mot, de signes nous permettant de conclure à une lésion radiculaire. Et de de fait comme pourrions-nous avoir une telle lésion puisque la sciatique qui nous occupe est due à un trau-

matisme pelvien et uniquement pelvien ayant atteint le tronc du nerf. Là nous avons le signe de Lasègue très positif, nous avons des troubles parétiques, des fourmillements, un prompt retour à la santé du nerf. C'est pour cela que cette observation, chirurgicale dans son point de départ, nous paraît avoir une haute valeur.

L'observation IV a pour but de poser simplement la question du facteur psychique à la rigueur possible dans quelque cas de signe de Bechtereff. Il est bien entendu que, dans de semblables cas, la recherche de ce signe n'a de valeur que si elle est accompagnée de la recherche de phénomènes circulatoires et respiratoires particuliers dont la constatation permet de juger de la réalité de la douleur.

Dans l'observation VI (X de Chatzman), le signe de Bechtereff est négatif, mais il semble, à l'inspection minutieuse des symptômes, que nous soyons là en présence de phénomènes morbides superficiels jusqu'à un certain point. Leur bilatéralité, les plaintes de la malade au sujet de ses divers organes, la vivacité des réflexes rotuliens, l'absence de signe de Kernig, enfin les antécédents chloro-anémiques du sujet plaident en faveur de cette hypothèse.

On pourrait croire à première vue que l'observation IV et l'observation VI s'opposent dans leur conclusion en ce qui concerne la valeur du signe de Bechtereff; à ce propos on voudra bien remarquer que dans la première où ce signe est présent on semble avoir affaire à un malade qui ressent bien réellement une douleur, mais probablement d'une autre nature que celle qui a pour cause une lésion profonde.

Quant à l'observation VII (Camus, 1908), elle a surtout de la valeur au point de vue de l'historique de la question.

ÉVOLUTION DE LA QUESTION

Nous n'allons pas ici faire un historique détaillé de la question de la sciatique ni du signe de Lasègue. Il n'est pas davantage dans notre intention de faire la critique des diverses théories auxquelles ont servi de base les travaux de Charcot, de Landouzy, de Babinski, de Brissaud.

Nous voulons simplement montrer comment l'on est arrivé à considérer les douleurs contro-latérales et à la faire un symptôme diagnostic de sciatique-radiculite.

La première fois que nous voyons apparaître le signe de Lasègue croisé, c'est en 1901 à propos de la libération des adhérences du nerf comme méthode de traitement. Et encore n'avons-nous pu retrouver l'indication de ces travaux qu'en 1908 dans la *Semaine médicale* (page 398). Il semble donc bien que ce soit Fajersztajn qui ait vu le premier le signe de Lasègue contro-latéral, et qui en ait donné une explication pathogénique. Bien mieux, ce chirurgien en a conclu immédiatement à la possibilité d'une méthode thérapeutique qui a été mise en œuvre avec assez de succès. C'est un côté de la question très

intéressant et très pratique qui mériterait d'être fouillé plus avant.

Plus tard, en 1906, nous voyons Chatzmann réunir un certain nombre d'observations où sont consignés des signes de Lasègue croisés. Nous avons vu que certaines de ces observations étaient pleines d'intérêt au point de vue de la question qui nous occupe. L'explication qu'elle donne du phénomène observé n'apporte cependant aucune lumièrre nouvelle. En effet les auteurs, vers cette époque, s'occupent activement de la question des radiculites : c'est ainsi que nous voyons Camus, dans sa thèse parue en 1908, citer à la page 60 une observation du plus haut intérêt pour le signe qui fait le sujet de notre travail. Nous voyons là en effet le signe de Bechtereff nettement décrit, mais sans que l'on voit trace de systématisation des idées permettant de le rattacher à une cause donnée.

Et cependant c'est une observation précieuse : le diagnostic de radiculite a été fait là de prime abord ; on a noté les signes de la sciatique, en passant, d'une manière en quelque sorte accessoire. Et dans ce cas où la radiculite est indubitable, nous voyons la contro-latéralité de la douleur à la flexion du membre en rectitude, affirmer la part qu'elle prend à la symptomatologie des radiculites.

Bechtereff, en 1907, s'exprime d'une manière très nette à cet égard. « J'ai, dit-il dans la *Revue russe de psychiatrie, neurologie et psychologie expérimentale*, signalé la douleur contro-latérale en 1906 et j'ai eu l'occasion de l'étudier dans une série de cas. Dans une observation, *ce signe était assez constant dans la sciatique radiculaire*, et *surtout dans les névralgies sciatiques en rapport avec des processus de néoformation dans la région de la queue*

de cheval. Dans ce dernier cas la douleur obtenue par la flexion du membre sain se manifestait dans la profondeur de la région sacrée du côté malade.

» *Je n'ai pas trouvé ce signe dans les autres cas de sciatique.* »

On ne saurait exposer plus nettement l'opinion que nous avons pris à tâche de vérifier dans notre travail.

Le signe de Lasègue du côté opposé n'est pas la seule des douleurs contro-latérales que l'on peut dépister dans la sciatique radiculaire et les lésions de la queue de cheval.

La douleur provoquée par l'adduction extrême du membre saint (signe de Bonnet croisé), celle qui est provoquée par l'abduction extrême du membre sain (signe indiqué dans une de nos observations personnelles), enfin le signe de Kernig croisé, reconnaissent tous une seule et même pathogénie.

Nous avons toujours affaire là à une élongation produite par l'extension et à un tiraillement consécutifs des racines et des troncs malades par ceux du côté opposé.

Cette conclusion ressort trop facilement des développements précédents pour qu'il soit nécessaire d'insister.

A l'heure actuelle, le tableau clinique des radiculites d'une part, celui de la sciatique-névrite d'autre part, se précise de plus en plus. Il nous semble que les douleurs contro-latérales sont un bon moyen de diagnostic entre ces diverses lésions ainsi que nous allons l'énoncer dans nos conclusions.

CONCLUSIONS

On note assez fréquemment, chez des malades qui se plaignent de douleurs du côté du nerf sciatique, des douleurs contro-latérales.

Ces douleurs sont celles qu'éveillent du côté malade les manœuvres exécutées du côté sain et ayant pour résultat d'amener un tiraillement des cordons nerveux malades grâce à l'élongation des cordons nerveux du côté sain.

Le signe croisé principal est le signe de Bechtereff ou signe de Lasègue croisé.

Le signe de Bonnet croisé, le symptôme que nous avons décrit (abduction extrême douloureuse), le signe de Kernig se rencontrent aussi dans les mêmes cas ; ce dernier est très constant, les autres le sont bien moins.

La signification diagnostique des signes contro-latéraux nous semble bien établie : conformément aux vues de Bechtereff, on peut de leur présence déduire celle d'une lésion radiculaire ou de la queue de cheval.

Si ce signe est négatif, l'examen du malade montrant d'autre part que les racines ne doivent pas être atteintes, on conclura que le nerf seul est en cause.

BIBLIOGRAPHIE

Barthélemy. — Indications thérapeutiques dans les névralgies rebelles et régénération nerveuse. Nancy, 1906.

Bechtereff. — De la douleur provoquée dans la sciatique par l'hyperextension du membre. Revue russe de psychiatrie, neurologie et psychologie expérimentale, 1907, n° 4, p. 210-212.

Berthéol. — Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire. Paris, 1906.

Blum. — Exposé d'un nouveau mode de traitement de la sciatique et des névralgies en général. Union médicale du Nord-Est. Reims, 1908, vol. 32.

Brissaud. — Danger des injections d'alcool dans le nerf sciatique au cours des névralgies sciatiques. Revue neurologique, 1907, p. 633.

Camus. — Thèse de Paris, 1908.

Camus et Sézary. — Revue neurologique, 1906, p. 1172.

Cernéa. — Essais critiques sur la paralysie sciatique traumatique. Paris, 1895.

Cestan. — Etiologie des radiculites (avec Babonneix). Gazette des Hôpitaux, 1901.

Charcot. — Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière. Paris, 1887.

Chatzmann. — Thèse de Genève, 1906.

Déjerine et Thomas. — Maladies de la moelle épinière. 34e vol. du Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thoinot, 1909.

Dubois. — De la sciatique d'origine syphilique et en particulier de la sciatique survenant au cours des accidents secondaires. Paris, 1883-1884.

Erben. — Zur Differentialdiagnostik der peripheren Ischias. Verhandlungen der Königlischen Gesellschaft für innere Medicin. Wiesbaden, 1908, 468-470.

Favre. — Un cas de sciatique syphilitique.

Gallois. — Contribution à l'étude des signes objectifs de la sciatique. Lyon, 1894.

Gara. — Ueber ein bisher unbekanntes pathognomonisches symptom der Ischias. Wiener medizinische Wochenschrift, 1907, 1139.

Lortat-Jacob. — Sur les sciatiques radiculaires ; racines le plus fréquemment prises. Tribune médicale. Paris, 1908, 581.

Lortat-Jacob et Sabaréanu. — Sciatique radiculaire unilatérale. Presse médicale, 5 octobre 1904.

— Les sciatiques radiculaires. Revue de médecine, 10 novemb. 1905.

Mirallié. — Les radiculites. Progrès médical. Paris, 1908, vol. XXIV, 13-15.

MOREAU. — De la sciatique traumatique. Annales de la Société de médecine légale de Belgique. Bruxelles, 1905-1906, 69-71.

MAUFFE. — Ueber Zusammenhang zwischen Ischiaschmerzen und Luftdruckschwankungen. Wiener medizinische Presse, 1906, p. 301.

RAYMOND. — Le pseudo-tabès névritique. Bulletin médical. Paris, 1908, vol. XXII, 175-178.

VERGER. — Formes cliniques et diagnostic des névralgies. Gazette hebdomadaire de la Société de médecine de Bordeaux, 1908, vol. XXIX, p. 385-393.

— Névralgies sciatiques. Médecine moderne, Paris, 1908, t. XIX, p. 242-244.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 1er février 1910.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 1er février 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!